

CADERNO DE QUESTÕES



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 04/2022

DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

Cargo de Nível Superior

PS 26 - MÉDICO I

(Cardiologia: Cuidados Coronarianos e Cardiovasculares)

	MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO	
	Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada	

ATENÇÃO

Transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (Folha Óptica), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Volta o cão arrependido com seu osso roído.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.



FAURGS

Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



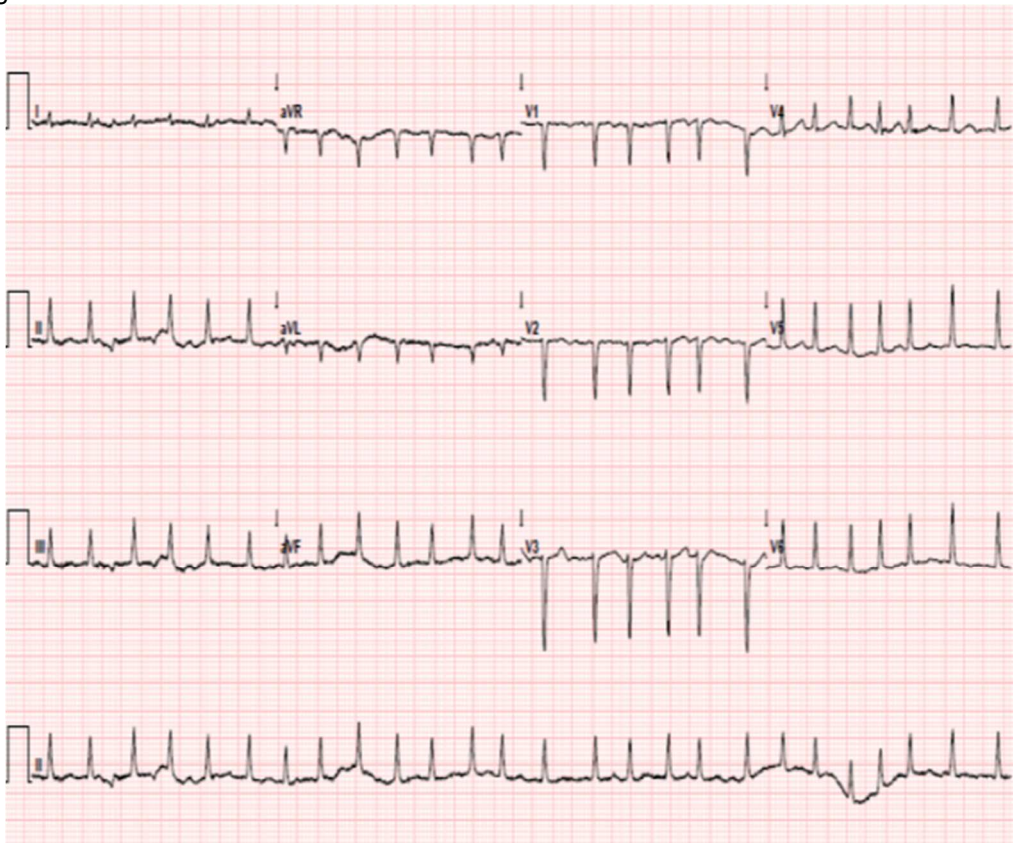
INSTRUÇÕES

- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 O candidato que comparecer para realizar a prova **não deverá, sob pena de ser excluído do certame**, portar armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, telefones celulares, *pen drives* ou quaisquer outros tipos de aparelhos eletrônicos, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, **exceto em situações autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei, como o uso recomendado de máscaras, em virtude da pandemia do Coronavírus. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, régua, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não será permitida nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá utilizar os sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.



- 01.** Paciente de 74 anos, sexo feminino, com diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca, vem para emergência com queixa de palpitações e dispnéia com início há 12 horas. Em uso de: furosemida 80 mg/dia, enalapril 20 mg/dia, espironolactona 25 mg/dia e carvedilol 12,5 mg/dia. Ao exame clínico: frequência cardíaca 152 bpm, frequência respiratória 22 mpm, pressão arterial 70/40 mmHg, saturação oxigênio 90%, ritmo irregular à ausculta cardíaca, 2 tempos, sem sopros, e presença de crepitanes em metade dos campos pulmonares. Extremidades pouco aquecidas.

Eletrocardiograma na admissão:



Padronização do ECG: 25 mm/s, 10 mm/mV

Qual a conduta mais adequada para o manejo deste caso?

- (A) Deslanosídeo intravenoso + noradrenalina.
- (B) Noradrenalina + furosemida intravenoso.
- (C) Metoprolol intravenoso.
- (D) Cardioversão elétrica.
- (E) Amiodarona intravenosa.

- 02.** De acordo com o *Guideline* da Sociedade Europeia de Cardiologia de Síndromes Coronarianas Agudas sem Supra de ST, publicado em 2020, considere as condições abaixo.

I - Instabilidade hemodinâmica.

II - Dor torácica refratária.

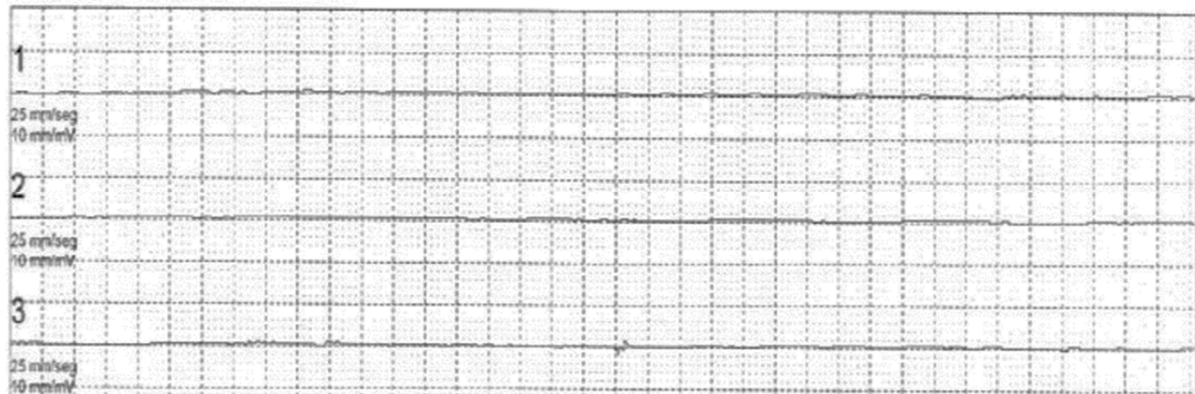
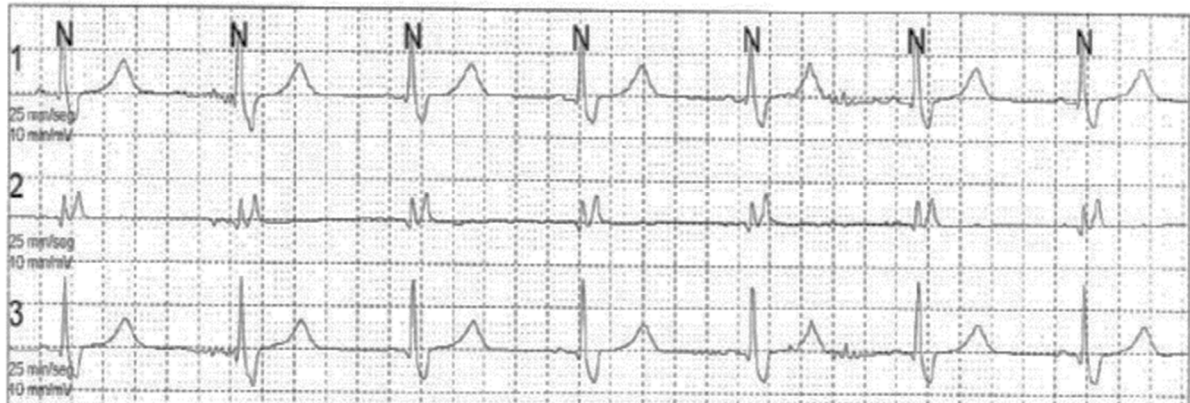
III- Escore Grace >140.

IV - Eletrocardiograma com infra de ST maior que 1mm em 6 ou mais derivações, associado com supra de ST em aVR.

Quais delas são consideradas de muito alto risco?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II e III.
- (C) Apenas I, II e IV.
- (D) Apenas I, III e IV.
- (E) I, II, III e IV.

03. Paciente de 84 anos, sexo feminino, sem história de doenças prévias, apresentou dois episódios de síncope sem sintomas premonitórios. Admitida no hospital para monitorização cardíaca contínua. Durante a monitorização, apresentou os traçados de ritmo abaixo com perda de consciência.



Qual a sequência correta de procedimentos, no atendimento desta paciente?

- (A) Intubação orotraqueal e iniciar manobras de reanimação cardiopulmonar.
- (B) Atropina e iniciar manobras de reanimação cardiopulmonar.
- (C) Iniciar medidas de suporte básico de vida, incluindo manobras de reanimação cardiopulmonar, e preparar para instalar marca-passo temporário.
- (D) Vasopressina e preparar para instalar marca-passo temporário.
- (E) Intubação orotraqueal e preparar para instalar marca-passo temporário.

04. Na presença de quadro clínico compatível com insuficiência cardíaca aguda envolvendo, exclusivamente, o ventrículo direito, assinale a alternativa que melhor caracteriza este cenário, conforme a Diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia sobre insuficiência cardíaca aguda e crônica, publicada em 2021.

- (A) O comprometimento predominante do ventrículo direito, com aumento das pressões de enchimento à direita, poupa o ventrículo esquerdo, que se mantém com débito preservado.
- (B) Em casos de refratariedade e persistência de congestão sistêmica, o uso de suporte circulatório mecânico isolado de ventrículo direito e a utilização de métodos de ultrafiltração podem ser considerados.
- (C) O manejo principal consiste em aumentar a pré-carga, a fim de assegurar o débito do ventrículo direito.
- (D) O uso de inotrópicos com propriedades vasodilatadoras não é recomendável.
- (E) O uso combinado de vasoconstritores e diuréticos de alça possui recomendação classe IA.

05. Considere as afirmações abaixo sobre o uso de analgésicos e sedativos no cenário de pacientes críticos cardiológicos.

- I - A cetamina é uma droga simpático-mimética, que resulta em aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e do débito cardíaco, mas também pode ser um depressor cardíaco direto. Quando utilizada no contexto de intubação traqueal de emergência, há evidências de que a cetamina não causa instabilidade hemodinâmica em relação ao etomidato.
- II - Os benzodiazepínicos são agentes sedativos muito seguros, com altos índices terapêuticos e com mínimos efeitos hemodinâmicos, porém não possuem propriedades analgésicas intrínsecas.
- III - A dexmedetomidina é um potente agonista altamente seletivo do receptor α_2 -adrenérgico, com efeito sedativo, analgésico e ansiolítico, tendo como um de seus efeitos colaterais a bradicardia, devendo ser evitada em pacientes com bloqueio cardíaco avançado e disfunção ventricular.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas I e III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

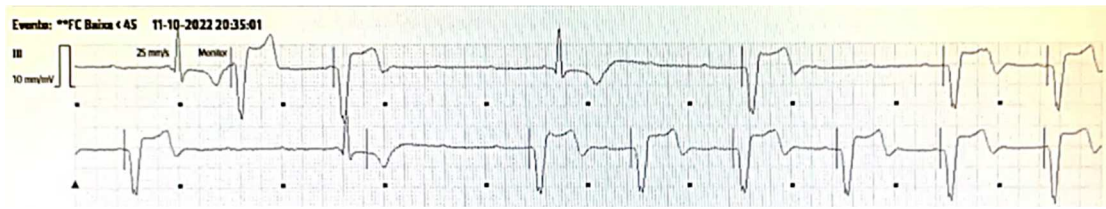
06. Paciente de 66 anos, sexo feminino, com diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica, obesidade grau III e insuficiência cardíaca com fração de ejeção (FE) reduzida (FEVE 22%), interna na Unidade de Cuidados Coronarianos por dispneia. Pressão arterial 98/56 mmHg, frequência cardíaca 82 bpm. Boa perfusão e restante do exame físico sem alterações dignas de nota. Avaliação ecográfica beira-leito revela: relação E/A = 2,1; relação E/E' = 15, pulmão com 4 de 8 campos positivos para linhas B, veia cava inferior com 2,2cm e com colapso inspiratório inferior a 50%. Assinale a afirmativa correta, considerando o caso em questão.

- (A) A etiologia da dispneia é não cardíaca, tendo em vista o exame físico sem particularidades.
- (B) Os dados ecográficos permitem concluir que se trata de um paciente com perfil hemodinâmico tipo C.
- (C) O uso de diurético não está indicado.
- (D) O uso de BNP e de cateter de Swan-Ganz mostrou redução de eventos cardiovasculares quando utilizados no acompanhamento desse perfil de paciente.
- (E) Trata-se de um paciente com congestão hemodinâmica, pulmonar e sistêmica.

07. Assinale a alternativa **INCORRETA** sobre as alterações hemodinâmicas decorrentes da ventilação com pressão positiva em pacientes críticos cardiológicos.

- (A) Pacientes com hipertensão pulmonar grave e disfunção do VD estão entre os mais suscetíveis aos efeitos hemodinâmicos adversos da ventilação com pressão positiva. A diminuição da pós-carga associada ao aumento da pré-carga do VD pode reduzir o volume sistólico do VD, deslocar o septo interventricular para a esquerda e reduzir o volume sistólico do VE e o débito cardíaco.
- (B) Em pacientes hipovolêmicos ou naqueles com condições cardíacas dependentes de pré-carga, como tamponamento cardíaco e infarto de VD, o início da ventilação com pressão positiva e da pressão positiva ao final da expiração (PEEP) podem contribuir para a redução do débito cardíaco.
- (C) Iniciar e otimizar a PEEP pode ajudar a reduzir o requerimento de FiO₂, evitar níveis tóxicos de oxigênio e melhorar a oxigenação geral, mas precisa ser acompanhada de monitoramento cuidadoso dos efeitos hemodinâmicos da ventilação com pressão positiva.
- (D) A retirada da pressão positiva pode levar ao aumento das pressões de enchimento e da pós-carga do VE, revertendo os efeitos benéficos da ventilação mecânica em pacientes com disfunção do VE.
- (E) O uso de ventilação não invasiva com pressão positiva está associado a uma redução significativa na necessidade de intubação e ventilação mecânica.

- 08.** O traçado eletrocardiográfico de telemetria abaixo é de uma paciente de 69 anos, portadora de marca-passo temporário transvenoso introduzido após retirada de sistema por infecção. Quanto ao traçado e ao uso de marca-passo temporário nessa situação, considere as assertivas a seguir.



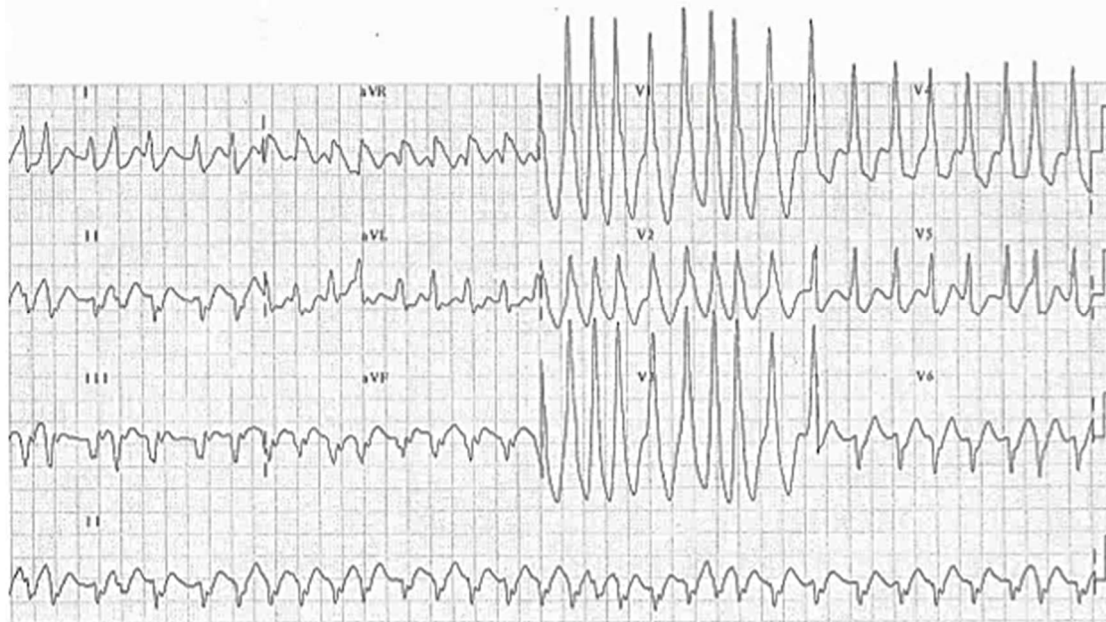
Padronização do traçado eletrocardiográfico: 25 mm/s, 10 mm/mV

- I - O marca-passo temporário está programado em VVI 60 bpm, com ajuste adequado dos parâmetros no gerador.
- II - A paciente apresenta escape ventricular intrínseco com intervalo QRS estreito, o que não indica a necessidade de estimulação artificial.
- III - O risco de complicações do implante do eletrodo transvenoso é menor se, durante o implante, for utilizado cateter com ponta de balão, acesso por veia jugular interna e posicionamento guiado por fluoroscopia ou ecocardiografia.
- IV - O implante de um eletrodo de estimulação permanente de fixação ativa e conectado a um gerador externo pode ser uma alternativa no caso acima, pois tem menor risco de deslocamento e permite maior mobilização da paciente enquanto esta aguarda pelo implante de um novo sistema definitivo.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II e III.
- (C) Apenas III e IV.
- (D) Apenas I, III e IV.
- (E) Apenas II, III e IV.

- 09.** Paciente de 40 anos, sexo masculino, procurou atendimento por palpitações em hospital terciário. Sem queixa de dor torácica ou dispnéia, sem alteração do sensorio. A pressão arterial era 112/74 mmHg. O eletrocardiograma na admissão está ilustrado abaixo.



Padronização do ECG: 25 mm/s, 10 mm/mV

Assinale a alternativa correta, que correlaciona o provável diagnóstico eletrocardiográfico e a conduta mais adequada para este caso.

- (A) Taquicardia supraventricular com condução aberrante, administrar adenosina.
- (B) Taquicardia ventricular, proceder com cardioversão elétrica.
- (C) Taquicardia ventricular, administrar amiodarona.
- (D) Fibrilação atrial com pré-excitação, administrar betabloqueador.
- (E) Fibrilação atrial com pré-excitação, proceder com cardioversão elétrica.

10. Na insuficiência cardíaca aguda, a apresentação clínica com predomínio de congestão é frequente. Neste sentido, assinale a opção que melhor retrata as recomendações sobre o uso de diuréticos conforme a Diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia sobre insuficiência cardíaca aguda e crônica, publicada em 2021.

- (A) Para aqueles pacientes sem uso prévio de diuréticos, é recomendado iniciar o manejo com furosemida por via oral na dose de 40 a 80 mg.
- (B) Para aqueles pacientes em uso prévio de furosemida por via oral, a recomendação indica conversão para uso intravenoso na mesma dose.
- (C) O alvo de débito urinário nas primeiras 2h após o uso de furosemida intravenoso não deve ser menor do que 200 mL/h.
- (D) A dose máxima diária preconizada de furosemida situa-se entre 400-600 mg até 1000 mg para aqueles pacientes com perda de função renal significativa.
- (E) A associação de furosemida com hidroclorotiazida deve ser iniciada precocemente no manejo da congestão.

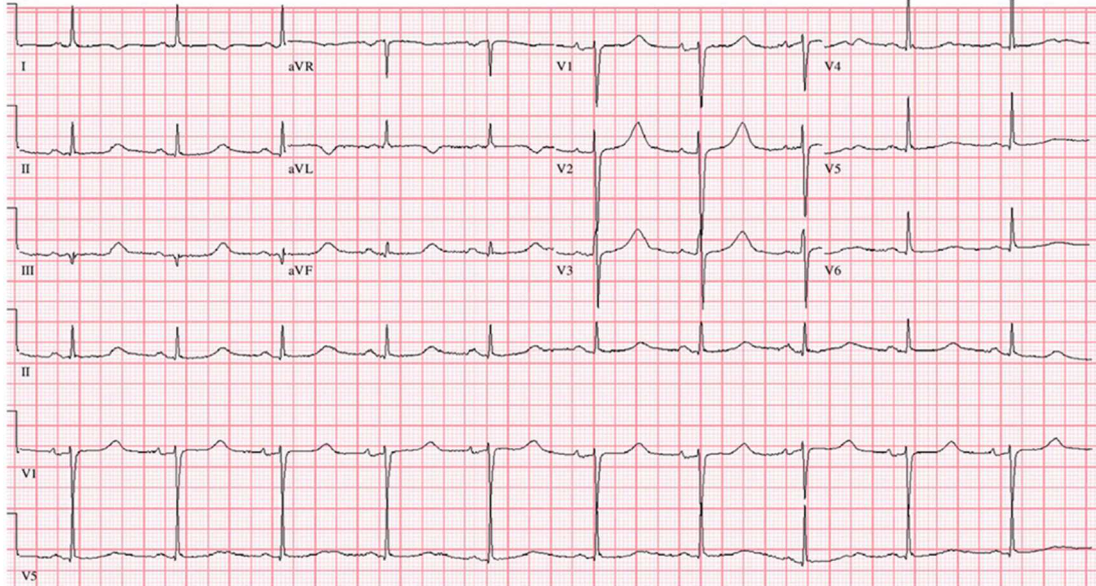
11. Em relação às doenças da aorta, é correto afirmar:

- (A) na insuficiência aórtica associada à dissecção de aorta tipo A, o tratamento cirúrgico, sempre que possível, deve priorizar a troca valvar aórtica.
- (B) a prevalência de válvula aórtica bicúspide em pacientes com coarctação de aorta é elevada; essa associação apresenta maior risco de dissecção de aorta quando comparado à válvula aórtica bicúspide isoladamente.
- (C) o hematoma intramural difere da dissecção de aorta pela ausência de *flap* intimal, motivo pelo qual tem sua avaliação inicial e tratamento similares à dissecção aguda de aorta tipo B.
- (D) na síndrome de Marfan, a dilatação da aorta geralmente tem maior diâmetro na aorta torácica descendente proximal, condição que se traduz em maior risco de dissecção de aorta.
- (E) em pacientes com aneurisma de aorta abdominal, a concomitância de aneurisma de aorta torácica é bastante incomum, não se justificando rastreamento.

12. Sobre o uso da ecocardiografia de estresse nas síndromes coronarianas agudas, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) A ecocardiografia de estresse pode ser utilizada como método de estratificação funcional em pacientes sem dor torácica recorrente e sem evidências eletrocardiográficas de isquemia e/ou elevação de troponina.
- (B) Em indivíduos com angina instável de baixo e moderado risco, o ecocardiograma de estresse com dobutamina tem excelente valor preditivo positivo para morte, infarto, nova internação por angina instável e procedimentos de revascularização miocárdica, permitindo alta hospitalar precoce sem a necessidade de outros exames.
- (C) A ecocardiografia de estresse está contraindicada em casos de angina instável de alto risco, síndrome coronariana aguda ativa ou infarto há menos de 2 dias.
- (D) São contraindicações para estresse com dipiridamol o uso de xantinas nas últimas 12 horas, broncoespasmo, hipotensão e bloqueio atrioventricular.
- (E) O uso de dobutamina está contraindicado em pacientes com arritmias ventriculares graves, obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo significativa e hipertensão grave (pressão arterial maior ou igual a 200/110 mmHg).

- 13.** Paciente de 30 anos, sexo masculino, é admitido na Unidade de Cuidados Coronarianos após episódio de parada cardiorrespiratória (PCR) assistida. Familiares relatam que o paciente apresentou perda de consciência durante competição esportiva (natação) sendo a PCR prontamente identificada e manejada por equipe de socorristas presente no evento. Episódio foi revertido após 1 choque do desfibrilador externo automático (DEA). Paciente nega comorbidades ou medicamentos de uso contínuo, porém refere que seu irmão morreu subitamente aos 22 anos. Exame físico da chegada não apresentava particularidades. Ecocardiograma à beira do leito sem evidência de alterações estruturais. Eletrocardiograma da chegada segue abaixo. Após 1 hora de observação, o paciente apresentou episódio de taquicardia ventricular polimórfica, revertida com sucesso após desfibrilação.



Padronização do ECG: 25 mm/s, 10 mm/Mv

Assinale a alternativa correta sobre o caso em questão.

- (A) Distúrbios eletrolíticos devem ser investigados e devidamente tratados em todos os pacientes. Amiodarona é indicada para o tratamento das arritmias ventriculares refratárias.
- (B) A síndrome de Brugada é o diagnóstico mais provável, e medicamentos que desencadeiam seu padrão devem ser evitados.
- (C) Os betabloqueadores (nadolol/propranolol) são a principal classe de medicamentos para o tratamento da doença em questão.
- (D) Implante de cardiodesfibrilador (CDI) é indicado no manejo agudo de pacientes com arritmia ventricular refratária.
- (E) Cateterismo cardíaco de urgência está recomendado no manejo inicial.

- 14.** Um paciente de 65 anos apresentou-se com infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (IAMCSST) em derivações anteriores. Na coronariografia, observou-se oclusão trombótica da artéria descendente anterior esquerda e lesão de 80% no segmento médio da artéria coronária direita. Intervenção coronariana primária da descendente anterior esquerda foi realizada com sucesso. A respeito deste caso, considerando os achados do estudo COMPLETE (*"Complete Revascularization with Multivessel PCI for Myocardial Infarction"*, *New England Journal of Medicine* 2019), analise as afirmativas abaixo.

- I - O tratamento intervencionista de lesões coronarianas não culpadas em pacientes com IAMCSST está claramente associado com redução de mortalidade, quando comparado ao tratamento conservador.
- II - O tratamento intervencionista de lesões coronarianas não culpadas em pacientes com IAMCSST está associado à redução do desfecho composto de morte cardiovascular ou infarto agudo do miocárdio e deverá ser realizado, obrigatoriamente, durante a hospitalização-índice.
- III- Em pacientes com IAMCSST, o tratamento intervencionista de lesões coronarianas não culpadas e angiograficamente significativas, quando tecnicamente factível, deve ser considerado.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

15. Sobre o suporte com dispositivos de assistência circulatória (DAC) no choque cardiogênico, assinale a afirmativa **INCORRETA**.

- (A) O *extracorporeal membrane oxygenation* (ECMO) em sua configuração venoarterial pode promover de 5-7 L/min de débito cardíaco. Contudo, o aumento da pós-carga secundário a este dispositivo pode levar a distensão do ventrículo esquerdo, necessitando estratégia de descompressão, sendo contraindicado na insuficiência aórtica severa.
- (B) Em pacientes em suporte de ECMO, a recuperação da função cardíaca na presença de disfunção pulmonar pode levar a "Síndrome de Arlequin", resultando em hipóxia e necessidade de modificação da configuração do ECMO.
- (C) Cateter de fluxo axial pode fornecer de 2.5 a 5 L/min de débito cardíaco. Contudo, está contraindicado nos casos de estenose aórtica severa, prótese aórtica, trombo no ventrículo esquerdo, doença vascular periférica grave e defeito do septo interventricular.
- (D) O balão intra-aórtico falhou em reduzir mortalidade no IABP-SHOCK II trial. Contudo, ainda é o dispositivo mais comumente utilizado no choque cardiogênico, principalmente em casos de complicações mecânicas e como dispositivo de suporte para transferências para centro de referência.
- (E) O uso de DACs está reservado para casos refratários à reposição volêmica e uso de inotrópicos/vasopressores, mas devido ao perfil de complicações, não há recomendação para uso precoce no choque cardiogênico.

16. Considerando-se o diagnóstico de estenose aórtica, segundo a Atualização das Diretrizes de Valvopatia da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2020, assinale a afirmativa correta.

- (A) Nos casos de estenose aórtica com gradientes baixos (área valvar $\leq 1,0 \text{ cm}^2$ com gradiente médio VE/Aorta $< 40 \text{ mmHg}$) e fração de ejeção preservada, um escore de cálcio valvar superior a 1300 UA para mulheres ou 2000 UA para homens confirma a gravidade da estenose.
- (B) Estenose aórtica anatomicamente importante é definida por achados na ecocardiografia como área valvar aórtica $\leq 1,0 \text{ cm}^2$ e/ou indexada $\leq 0,6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ na presença de velocidade máxima do jato aórtico $\geq 5 \text{ m/s}$.
- (C) Nos casos de estenose aórtica com gradientes baixos (área valvar $\leq 1,0 \text{ cm}^2$ com gradiente médio VE/Aorta $< 40 \text{ mmHg}$) e fração de ejeção reduzida, o exame de escolha para definição da gravidade é o escore de cálcio valvar.
- (D) Nos casos de estenose aórtica com gradientes baixos (área valvar $\leq 1,0 \text{ cm}^2$ com gradiente médio VE/Aorta $< 40 \text{ mmHg}$) e fração de ejeção reduzida, a ausência de reserva contrátil no ecocardiograma de estresse contraindica a realização de intervenção valvar.
- (E) Embora existam evidências de benefício do tratamento percutâneo transfemoral (TAVI) sobre a troca valvar cirúrgica em pacientes de baixo risco, recomenda-se restringir a indicação apenas a pacientes com estenose aórtica grave sintomáticos acima dos 80 anos de idade.

17. Em relação às doenças do sistema de condução, considere as assertivas abaixo.

- I - A disfunção do nó sinusal (DNS) está mais frequentemente relacionada à fibrose progressiva dependente da idade do tecido nodal sinusal e do miocárdio atrial circundante, levando a anormalidades da formação e propagação do nó sinusal e do impulso atrial e, portanto, resultará em uma variedade de bradicardia ou pausas e diferentes síndromes relacionadas.
- II - Na DNS, não há frequência cardíaca mínima estabelecida ou duração de pausa onde a estimulação permanente é recomendada; portanto, estabelecer correlação temporal entre sintomas e bradicardia é importante ao decidir sobre a necessidade de estimulação permanente.
- III- Em pacientes com bloqueio atrioventricular (AV) Mobitz tipo II adquirido de segundo grau, bloqueio AV de alto grau ou bloqueio AV de terceiro grau não devido a causas reversíveis ou fisiológicas, a estimulação permanente é recomendada e dependente da presença de sintomas.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) Apenas II e III.

18. De acordo com os achados do estudo CULPRIT-SHOCK ("*PCI Strategies in Patients with Acute Myocardial Infarction and Cardiogenic Shock*", *New England Journal of Medicine* 2017), assinale a alternativa correta.

- (A) Em pacientes com doença arterial coronariana multiarterial, que se apresentam com síndrome coronariana aguda e choque cardiogênico, revascularização completa deve ser objetivada e deve ser realizada no procedimento-índice.
- (B) Em pacientes com doença arterial coronariana multiarterial, que se apresentam com síndrome coronariana aguda e choque cardiogênico, deve-se objetivar apenas a revascularização do vaso-culpado no procedimento-índice.
- (C) Em pacientes com doença arterial coronariana multiarterial, que se apresentam com síndrome coronariana aguda e choque cardiogênico, a incidência de acidente vascular encefálico é significativamente maior com revascularização completa, quando comparado com intervenção exclusiva do vaso-culpado.
- (D) Em pacientes com doença arterial coronariana multiarterial, que se apresentam com síndrome coronariana aguda e choque cardiogênico, a incidência de necessidade de nova revascularização ou revascularização urgente é semelhante entre as estratégias de revascularização completa ou intervenção exclusiva do vaso-culpado.
- (E) No estudo CULPRIT-SHOCK, a incidência do desfecho composto de mortalidade total ou necessidade de terapia renal substitutiva foi semelhante entre as estratégias de revascularização completa ou intervenção exclusiva do vaso-culpado.

19. Sobre o choque cardiogênico, assinale a alternativa correta.

- (A) No choque cardiogênico secundário a infarto agudo do miocárdio, a estratégia de revascularização precoce (menor de 12h) e tratamento de angioplastia coronariana imediata de todas as lesões reduziu mortalidade e necessidade de terapia de substituição renal.
- (B) Em registros contemporâneos, o choque cardiogênico relacionado à síndrome coronariana compreende a maioria dos casos admitidos em unidades de cuidados intensivos, com mortalidade próxima a 50%.
- (C) A nova classificação do choque cardiogênico proposto pela *Society for Cardiovascular Angiography & Intervention* (SCAI) divide os pacientes em estágios de A a E. Pacientes com sinais clínicos de deterioração hemodinâmica com hipotensão ou taquicardia, mas sem hipoperfusão, são classificados como SCAI B, mesmo na presença de índice cardíaco abaixo de 2,2.
- (D) O uso de cateter de artéria pulmonar, embora auxilie no entendimento do perfil hemodinâmico do paciente, está contraindicado devido à falta de benefício evidenciado em ensaios clínicos e estudos observacionais.
- (E) A norepinefrina é o vasopressor de escolha no choque cardiogênico. A vasopressina pode ser escolhida como segunda droga no choque cardiogênico, mas deve ser evitada em pacientes em uso de milrinone, devido ao perfil de interação com o inotrópico.

20. Paciente de 65 anos, sexo masculino, interna em Unidade de Cuidados Coronarianos com quadro de dispneia e congestão pulmonar. Após compensação do quadro com vasodilatador endovenoso e diuréticos, realiza ecocardiograma que demonstra ventrículo esquerdo dilatado, com acinesia em paredes lateral e inferior, além de hipocinesia difusa das demais paredes e fração de ejeção de 35%; válvula mitral sem anormalidades em folhetos ou cordoalhas, com tração apical do folheto posterior e regurgitação com orifício regurgitante efetivo (ORE) de 0,41 cm² e volume regurgitante de 64 ml/batimento. A coronariografia mostra oclusão da coronária direita e lesões obstrutivas graves em terço proximal das artérias descendente anterior e circunflexa. Segundo a Atualização das Diretrizes de Valvopatia da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2020, relativa ao manejo da valvopatia mitral acima descrita, todas as afirmativas abaixo são corretas, **EXCETO** uma delas. Assinale-a.

- (A) Havendo indicação de cirurgia de revascularização miocárdica, há indicação de intervenção concomitante (troca ou reparo valvar) na válvula mitral.
- (B) O grau de regurgitação da referida valvopatia associa-se a pior prognóstico relacionado à evolução do quadro de insuficiência cardíaca.
- (C) Exames para avaliação de viabilidade miocárdica, como ressonância nuclear magnética, podem ser úteis em pacientes com insuficiência mitral isquêmica, nos quais há programação de revascularização miocárdica.
- (D) Caso não haja indicação de revascularização cirúrgica e o paciente permanecer sintomático a despeito de terapia medicamentosa otimizada, pode-se considerar a possibilidade de intervenção percutânea para clipagem da válvula.
- (E) Trata-se de insuficiência mitral primária, e o reparo ou a troca valvar está indicado independentemente da necessidade de cirurgia de revascularização.

21. Em relação ao tamponamento cardíaco, assinale a alternativa correta.

- (A) A tríade de Beck está presente em mais de 50% dos pacientes.
- (B) A ausência de colapso de qualquer cavidade tem um valor preditivo negativo elevado para tamponamento clinicamente significativo.
- (C) O uso dos fluxos transmitral e transtricúspide são muito úteis como critérios isolados para tamponamento cardíaco.
- (D) Derrames pericárdicos pequenos não causam tamponamento cardíaco.
- (E) Pulso paradoxal é patognomônico dessa condição.

22. Em relação ao uso do ecocardiograma nas síndromes coronarianas agudas, considere as seguintes assertivas.

- I - A avaliação ecocardiográfica da função sistólica ventricular esquerda deve ser realizada antes da alta hospitalar em todos os pacientes após infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST.
- II - A realização de ecocardiograma de emergência na chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST está indicada em casos de parada cardíaca, choque cardiogênico, instabilidade hemodinâmica, suspeita de complicações mecânicas, ou na incerteza do diagnóstico.
- III - A presença de anormalidade contrátil regional induzida por isquemia é altamente suspeita de infarto, mas só é detectada pelo ecocardiograma tardiamente após o início dos sintomas, quando mais do que 40% da espessura do miocárdio transmural estiver afetada.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas I e II.
- (D) Apenas I e III.
- (E) I, II e III.

23. Paciente de 55 anos, sexo masculino, admitido na Unidade de Cuidados Coronarianos com queixa de dor torácica e dispneia súbita há 6 horas. Como história mórbida pregressa, o paciente era tabagista e relatava fratura recente de fêmur direito após acidente automobilístico, em uso de tala gessada. Em relação ao provável diagnóstico de embolia pulmonar aguda, é correto afirmar:

- (A) razão do diâmetro de ventrículo esquerdo /ventrículo direito >1 é um sinal associado a diagnóstico desfavorável de embolia pulmonar aguda.
- (B) disfunção de ventrículo direito é achado frequente (mais de 70%) dentre os pacientes não selecionados com embolia pulmonar aguda.
- (C) sinal de *McConnel*, que é a diminuição da contratilidade no ápice cardíaco comparado à parede livre do ventrículo direito, é sugestivo de embolia pulmonar.
- (D) o sinal $60^\circ/60^\circ$, sugestivo de embolia pulmonar, é a combinação do tempo de aceleração do fluxo ejetivo pulmonar $<60\text{ms}$ e gradiente máximo da válvula tricúspide $<60\text{mmHg}$.
- (E) em paciente com suspeita de embolia pulmonar e com instabilidade hemodinâmica, um ecocardiograma transtorácico à beira-leito com disfunção de ventrículo direito ($\text{TAPSE} > 1,6\text{cm}$ / onda $S > 9,5\text{cm/s}$), sem possibilidade de ser submetido a angiografia pulmonar por tomografia computadorizada, deve ser tratado como embolia pulmonar de alto risco.

24. Paciente de 71 anos, sexo feminino, admitida no hospital por dispneia aos mínimos esforços e ortopneia há 2 meses. De história mórbida pregressa, a paciente tinha hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito. Em relação à investigação de insuficiência cardíaca (IC) é **INCORRETO** afirmar (com base na diretriz de Insuficiência Cardíaca da AHA/ACC/HFSA de 2022) que:

- (A) a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) é importante para classificação da insuficiência cardíaca, e IC com FEVE reduzida é definida com $\text{FEVE} \leq 30\%$.
- (B) o escore H_2FPEF é um escore clínico diagnóstico para IC com FEVE preservada que inclui as seguintes variáveis ecocardiográficas: $\text{E/e}' > 9$ e pressão sistólica arterial pulmonar $> 35\text{ mm Hg}$.
- (C) o ecocardiograma é o exame de imagem inicial de escolha para avaliação de pacientes com suspeita de IC.
- (D) no contexto de IC com insuficiência mitral grave, o reparo transcater percutâneo da válvula mitral (*mitraclip*) tem se mostrado benéfico em pacientes com sintomas persistentes de IC após terapia medicamentosa otimizada, e com anatomia favorável no ecocardiograma que inclui: $\text{FEVE} 20\text{-}50\%$, diâmetros final do VE $\leq 70\text{ mm}$, e pressão sistólica arterial pulmonar $\leq 70\text{ mm Hg}$.
- (E) na avaliação ecocardiográfica da IC, espessamento das paredes do ventrículo esquerdo $> 14\text{mm}$, associado à diminuição da deformação miocárdica (*strain* longitudinal do VE) no segmento médio-basal do VE, em comparação ao segmentos apicais, deve levar à alta suspeição de amiloidose.

25. Em relação aos métodos ecográficos de avaliação beira-leito, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) O *Cardiac Power Output* (CPO) $< 0,9\text{W}$ está associado a prognóstico reservado em casos de choque cardiogênico.
- (B) A VTI (integral de velocidade) da via de saída do ventrículo esquerdo é uma medida indireta de débito cardíaco e valores acima de 10cm podem auxiliar no desmame de dispositivos de assistência circulatória.
- (C) A relação $\text{E/E}'$ é uma medida estimativa das pressões de enchimento do coração esquerdo.
- (D) Diâmetro da veia cava inferior e seu índice de colapamento inspiratório podem ser utilizados para estimar a pressão venosa central.
- (E) A análise das linhas B pulmonares é um método auxiliar na estimativa das pressões de enchimento do coração esquerdo na insuficiência cardíaca aguda.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 04/2022 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 26

MÉDICO I

(Cardiologia: Cuidados Coronarianos e Cardiovasculares)

01.	D	11.	B	21.	B
02.	C	12.	B	22.	C
03.	C	13.	C	23.	D
04.	B	14.	C	24.	A
05.	E	15.	E	25.	A
06.	E	16.	A		
07.	ANULADA	17.	D		
08.	C	18.	B		
09.	E	19.	C		
10.	D	20.	E		